



Vedtatt i Administrativt samarbeidsutvalg 11.sept 2007

## RETNINGSLINJER FOR SAMARBEID MELLOM KOMMUNENE I SØR-TRØNDELAG OG ST.OLAVS HOSPITAL, divisjon PSYKISK HELSEVERN

### 1: GRUNNLAGET FOR SAMARBEIDSAVTALEN

#### 1.1.1 Styrende dokument.

Samarbeidsavtale mellom St. Olavs Hospital HF og NN kommune. (2004)

Lovgrunnlag med forskrifter og rundskriv, jfr.

LOV 1982 endret fra 2005-06-17	Kommunehelsetjenesteloven
LOV 1991 endret fra 2006-01-01	Sosialtjenesteloven.
LOV 1999 endret fra 2006-01-01	Spesialisthelsetjenesteloven
LOV 1999 endret fra 2006-01-01	Pasientrettighetsloven
LOV 1999-07-02 nr. 62	Psykisk helsevernloven
LOV 1999-07-02 nr. 64	Helsepersonelloven

HEMNE KOMMUNE	
Løpenr. 11864/07	Saksbeh. IWA
02 OKT. 2007	
Ark.kode P	# 11 201
Ark.kode S 07/319	Dok.nr. 10
Kassasjon	Gudering

#### 1.2.1 Verdigrunnlaget.

- Grunnleggende verdier er helhetstenkning, likeverdighet og respekt.
- Brukermedvirkning skal ha en sentral plass i planlegging og gjennomføring av tiltak.
- Kvalitetsarbeidet skal vektlegge brukeropplevd kvalitet, jamfør Lov om pasientrettigheter.

#### 1.2.2 Formål.

Retningslinjene omfatter tjenester til personer over 18 år. De skal bidra til å øke kvaliteten på tjenestene og sikre brukermedvirkning. Felles retningslinjer for samhandling mellom kommunene i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital, div. Psykisk Helsevern skal bidra til å kvalitetssikre samhandlingen gjennom mest mulig like og forutsigbare rutiner. Hvis det er behov for mer detaljert utforming av samhandlingsrutiner mellom den enkelte kommune og den aktuelle DPS eller sykehusavdeling, lages dette på bakgrunn av intensjonene i retningslinjene og brukes som supplement / vedlegg til retningslinjene.

*Samarbeid vedr. barn og unge i Psykisk Helsevern, skjer gjennom BUP og kommunene i hht "Retningslinjer for samarbeid på individnivå mellom kommunene i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital vedrørende habilitering / rehabilitering av barn og unge."*

Overordnet målsetting:

-å bevisstgjøre partene til å samarbeide for å sikre at pasientene får et faglig godt og helhetlig tilbud gjennom effektiv ressursutnyttelse.

Praktisk målsetning:

-å sette opp retningslinjer for tjenesteutøverne slik at behandlingsskjeden skal være sammenhengende og godt koordinert mellom de ulike samarbeidspartnerne.

## **2: HOVEDOMRÅDER FOR SAMARBEIDET**

### **2.1 Administrativt samarbeid**

1. Retningslinjer for samarbeid skal evalueres av partene etter et år. Psykisk Helsevern tar ansvar for å gjennomføre evalueringen innen avtalt tid.
2. Avvik i forhold til Retningslinjer for samarbeid meldes til rådmann i kommunen eller til divisjonssjef i Psykisk Helsevern.
3. Behov for endringer i Retningslinjer for samarbeid meldes til rådmann i kommunen eller til divisjonssjef i Psykisk Helsevern.
4. Uenighet mellom kommunen og St.Olavs Hospital skal nedtegnes i Uenighetsprotokoll, som sendes til Klinisk samarbeidsutvalg for psykisk helse for vurdering og uttalelse før den meldes til Administrativt samarbeidsutvalg for vurdering og avgjørelse
5. Oppsigelse av Retningslinjer for samarbeid meldes til rådmann i kommunen eller til divisjonssjef i Psykisk Helsevern. Oppsigelsestiden er på tre måneder.

### **2.2. Praktiske retningslinjer**

#### **2.2.1 Innleggelser/henvisninger**

Det skal være skriftlige henvisninger med relevante og nødvendige opplysninger, og med mål og hensikt for ønsket behandling. Spørsmål knyttet til henvisninger kan drøftes og avklares i samarbeidsmøtene.

#### **2.2.2 Pasientsamarbeid uten innleggelse eller poliklinikk søknad Ambulant krisefunksjon.**

Denne funksjonen er under utvikling i h.h.t. nye retningslinjer gitt av Sosial- og helsedirektoratet. Målsetning: tidlig hjelp ved behov, unngå unødvendig eller traumatisk akuttinnleggelse.

#### **2.2.3 Faste veiledningsmøter fra aktuell DPS og/eller sykehusavd.**

Jfr. Lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3.

Organiseres i hht møteplan med hver kommune. Anbefalte deltakere er behandlere(e) fra aktuell DPS og /eller sykehusavd., aktuell fastlege og kommunens tjenesteutøvere etter behov. Veiledningsmøtene evalueres en gang pr. år. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å gjennomføre evalueringen.

#### **2.2.4 Fagutvikling og kompetanseheving.**

1. Temadager arrangeres årlig av kommunen(er) og aktuelle DPS og /eller sykehusavd. og evt. i samarbeid med Samarbeidsutvalg for kompetanseheving, Klinisk samarbeidsutvalg for psykisk helse o.a.
2. Gjensidig fagutvikling i samarbeidsmøter. Relasjonsbygging.
3. Stadig søke muligheter for å tilrettelegge for aktuelle videre- og etterutdanninger. Dette ansvaret ligger til både Psykisk Helsevern og kommunen.

### 3: RETNINGSLINJER FOR SAMARBEID PÅ INDIVIDNIVÅ.

#### 3.1 Henvisningens innhold

- Hvorfor søkes det om et tilbud
  - målsetting og pasientens behov
  - type tilbud, for eksempel vurdering, poliklinikk, dagtilbud, døgnbehandling.
- Beskrivelse av tidligere behandling
  - hvor / når
  - vedlegge kopi av tidligere epikriser
  - hvilke medisiner bruker pasienten, hva er prøvd tidligere
- Pasientens ønske om vurdering/behandling
- Tidspunkt for ønsket vurdering/behandling.
- Henvisningen sendes via lege, psykologspesialist eller annet kvalifisert helsepersonell.

#### 3.2 Brukermedvirkning

##### Pasienten skal gis anledning til å:

- Delta i utarbeidelse, gjennomføring og evaluering av sin individuelle behandlingsplan
- Ha en kontaktperson som skal veilede pasienten/brukeren gjennom prosessen. Kontaktperson skal oppnevnes både i spesialisthelsetjenesten (pasientansvarlig) og i kommunehelsetjenesten, (fastlege og/eller annen fagperson), avhengig av hvor pasienten til enhver tid mottar tjenester.

#### 3.3 Individuell plan

##### Tjenesteyters ansvar for å starte arbeid med Individuell plan (IP):

Alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal på tidligst mulig tidspunkt gis informasjon om rettigheten om individuell plan. Den tjenesteyter som bruker/pasient har mest direkte kontakt med, skal igangsette arbeide med å utarbeide IP. Tjenesteyteren skal opprette kontakt med kontaktperson hos motsatt part og i samråd med denne skissere hvem som naturlig bør delta i planen – også evt. personer i NAV og andre eksterne aktører som ikke er del av helsetjenesten. Aktuelle forvaltningsnivå i kommunen skal godta og registrere utnevnelse av IP-gruppe og utnevne koordinatoren for IP.

#### 3.4 Informert samtykke.

Det skal primært innhentes et skriftlig, informert samtykke fra pasient eller hjelpeverge der det er aktuelt med tverrfaglig vurderinger og utarbeidelse av individuelle planer. Evt. muntlig samtykke skal nedtegnes i pasientens journal. Den instans som tar initiativet til samarbeid, har ansvar for innhenting av samtykke, jfr. også Pasientrettighetslovens bestemmelser om samtykkekompetanse. Det skal ikke utveksles informasjon utover det som er nødvendig for den enkelte

instans sitt arbeid med pasienten.

### 3.5 Igangsetting av samarbeid for innskrevne pasienter.

Punktet gjelder primært innlagte pasienter med behov for omfattende og koordinerte tiltak. Men retningslinjene kan også omfatte pasienter i poliklinisk behandling eller dagbehandling der hvor det er hensiktsmessig.

- Etter innleggelsen skal – dersom pasienten ikke motsetter seg det - pasientens fastlege blir informert om innleggelsen innen 3 virkedager etter innleggelsen. Fastlegen er et viktig kontaktpunkt for pasienter. Informasjon om innleggelse vil gi fastlegene bedre mulighet for å se pasientens ulike behandlings- og oppfølgingstiltak i sammenheng og kan bidra til kvalitetssikring av det samlede behandlingstilbud.
- I forbindelse med innleggelsen skal det journalføres om pasienten har pårørende og evt. mindreårige barn, og – i samarbeid med pasienten – vurdere om det er behov for tiltak i den forbindelse
- Helseforetaket skal ta kontakt med kommunen v/ den aktuelle forvaltningsinstans så snart det er klart at det vil bli behov for kommunale helse- og sosialtjenester, for eksempel tilrettelagt botilbud eller andre kommunale tjenestetilbud. Ansvarlig for at slikt samarbeid kommer i gang er pasientansvarlig lege/psykolog eller annen fagperson som får delegert oppgaven i hht. spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 og Forskrift om pasientansvarlig lege med mer.

### 3.6 Samarbeidsmøte.

Med informert samtykke fra pasienten skal felles tverrfaglig møte finne sted innen 5 virkedager etter at kommunen ble kontaktet første gang. Sammensetningen av fagpersoner fra kommunen og Psykisk Helsevern til møtet, vurderes ut fra pasientens problemstilling og behov. Pasient og eventuelt pårørende skal fortrinnsvis delta på møtet. Kontaktperson i helseforetaket og i kommunen oppnevnes snarest mulig etter møtet.

Ved innleggelser over få dager hvor samarbeidsmøter ikke kan gjennomføres, skal Psykisk Helsevern – i forkant av utskrivelsen - bistå pasienten der hvor det er behov for å etablere kontakt mellom pasient og kommunetjenester og/eller fastlege.

Samarbeidsmøter med temaer utover individuelle pasientsaker, avtales mellom den enkelte DPS / sykehusavdeling og angjeldende kommune(r). Slike møter kan for eksempel inngå som et bilateralt vedlegg til retningslinjene eller presiseringer til retningslinjene mellom den enkelte kommune og aktuelle DPS / sykehusavdeling.

### 3.7 Forberedelse til samarbeidsmøtet.

#### Helseforetaket:

Før møtet skal helseforetaket gi en funksjonsbeskrivelse av pasienten og vurdere pasientens status og potensiale i forhold til:

- Forventet funksjonsnivå ved utskrivning (diagnose / prognose). Mulige tilleggsproblemer som kan ha betydning for den videre oppfølging i kommunen.

**Kommunen:**

Kommunen skal være forberedt på å gi oversikt over kommunens totale tjenestetilbud og vurdere evt. muligheter for å utvikle nye tjenester / spesialtilpasse tjenester.

**3.8 Gjennomføring av møtet.**

På møtet anbefales at bl.a. følgende punkter avklares:

1. Vurdering av pasientens tjenestebehov
2. Konklusjon vedrørende foreløpige mål og tiltak.
3. Oppgave- og ansvarsfordeling mellom Psykisk Helsevern og kommunen før utskriving.
4. Arbeidsmål for den første perioden etter utskriving.
5. Antatt utskrivingsdato.
6. Sikre igangsetting av arbeid med individuell plan. Kommunen har ansvar for at planen blir laget.
7. Vurdere kommunens behov for nødvendig opplæring og veiledning ihh. Lov om spesialisthelsetjeneste (Avhengig av hvor pasienten skal motta tjenester i kommunen).
8. Informasjon om videre saksgang herunder forventet tidspunkt for kommunalt vedtak evt. beslutning.
9. Referat skrives og godkjennes av partene. Dette for å sikre felles forståelse av hvilke tiltak som planlegges / iverksettes.

**3.9 Ansvarsforhold når en person mottar samtidige tjenester fra kommune og Psykisk Helsevern**

Når det er samhandling om og med en person som samtidig har tjenester fra både hjemstedskommunen og Psykisk Helsevern, skal ansvarsfordeling mellom partene avklares og settes inn i Individuell plan (IP). Samarbeidspartnerne skal varsles ved utforutsette opphør eller endring i tjenester.

**3.10 Utskrivning. Epikrise, rapporter.**

Det skal foreligge skriftlig dokumentasjon som epikrise og evt. rapporter fra aktuelle faginstanser i helseforetaket, av nødvendige opplysninger på utskrivningstidspunktet. Dokumentasjon sendes til pasientens fastlege og kontaktperson i kommunen, epikrisen sendes også til henvisende lege. Minst 80% av epikrisene skal sendes innen 7 dager etter utskriving. Epikrisen er et viktig element i veiledning for videre behandling og vurdering.

Hvis pasienten har mindreårige barn, og forutsatt pasientens samtykke, skal epikrisen eller evt. annen vedlagt rapport, informere om oppfølging som er gjort i forhold til pasientens barn.

Psykisk Helsevern skal sikre at det blir gitt informasjon til kommunen i god tid før utskriving. Ved lang tids døgnopphold i avdeling eller langvarig poliklinisk oppfølging, skal fastlege og evt. annen kontaktperson i kommunen holdes jevnlig (minst årlig) orientert om situasjonen.

Oppfølgingstjeneste i kommunen skal etter samtykke fra pasienten få tilgang på epikrise og andre informative skriv fra sykehuset.

**3.11 Definisjonen av ”utskrivningsklar pasient”**

Dette går fram av ”Retningslinjer for samhandling mellom kommuner i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital HF vedr. utskrivningsklare pasienter og rehabilitering.” (2006). I tillegg er det egen definisjon mellom Trondheim kommune og St. Olavs Hospital, div. Psykisk Helsevern, jfr. bilateralt vedlegg: ”Retningslinjer vedr. psykisk helsearbeid mellom St. Olavs Hospital, div. Psykisk Helsevern og Trondheim kommune”(2006).

### **3.12 Igangsetting av samarbeid omkring personer med varig funksjonssvikt med behov for vurdering fra Psykisk Helsevern**

Følgende gjelder pasienter som etter kommunal tverrfaglig vurdering har behov for utredning i spesialisthelsetjenesten.

Formålet med henvendelse kan være medisinsk vurdering knyttet til funksjon og behandling i henhold til diagnose / prognose og eventuelle tilleggsproblemer.

Vurderingen kan gjøres av evt. ambulant team, ved poliklinisk konsultasjon, ved innleggelse eller ved dagbehandling.

### **3.13 Pasientgrupper med spesielle tilbud hvor det kreves godkjenning av begge forvaltningsnivå.**

Dersom et forvaltningsnivå avdekker behov som vil kreve tiltak som medfører *økonomisk merbelastning* for det andre forvaltningsnivået, må forslagene til endring godkjennes av begge før det iverksettes. Hvis *uenighet* oppstår, skal saken meldes til Administrativt samarbeidsutvalg hvis det gjelder sak av prinsipiell karakter, evt. til Klinisk samarbeidsutvalg for psykisk helse (jfr. pkt. 4.1.3 og 7 i samarbeidsavtalen).

Før pasienten får tilbud om endret tjeneste, skal tilbudet være godkjent av begge forvaltningsnivåene.

## **4 IVERKSETTING,** Retningslinjene trer i kraft .....2007.

(word:syntor:samhandling:forslag.mai.retn.l.S.Tr.lag-Psyk.H.)